

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.20.001

学术探讨

中医经验思维的原理、局限性及纠误方法探讨

唐文¹, 王洋¹, 张磊², 童康¹, 王志斌¹, 陈斌斌¹, 刘瑞芳¹, 李灿东[✉]

1. 福建中医药大学中医证研究基地, 福建省福州市闽侯上街邱阳路1号, 350122; 2. 甘肃中医药大学基础医学院

[摘要] 从控制论的角度探讨中医经验思维的基本原理, 包括经验的输入与储存、经验的提取与活化、经验的组合与再造、基于经验的判断与决策、经验的评估与反馈。基于经验思维的原理分析其在临床应用中可能存在的局限性, 主要表现为个人性、表面性、保守性、重共性而轻个性、思维惯性五个方面, 并从理性思维与经验思维相结合、强化反馈机制与超验修正、个性化与量质结合、经验思维下隐性知识的管理与传承四个角度探讨临床纠误的策略与方法。

[关键词] 经验思维; 思维原理; 控制论; 中医思维; 思维局限性

中医学作为一门历史悠久的传统医学, 其内含的经验思维在诊疗实践中具有重要价值。然而, 如果只从认识论的角度去理解经验思维, 把它视为纯粹的直观感性认知, 就可能无法揭示经验思维的本质, 从而难以有效地指导临床实践。本文借助诺伯特·维纳提出的控制论^[1]诠释经验思维的基本原理, 并在此基础上, 发现经验思维在应用过程中所存在的局限, 进而提出相应的纠误策略与方法, 以助力中医诊疗质量的提升, 为中医现代化发展提供理论支撑和实践指导。

1 经验思维的基本原理

控制论是研究控制系统的一门科学, 其关注控制系统的目标、输入、输出、反馈等概念。无论是机械、生物还是社会系统, 控制论的核心理念都是通过监控和调整系统的输入与输出来实现对系统行为的控制。从信息角度看, 人类思维与一般控制系统具有极高的相似性。思维本质上是一个动态的信息输入、存储、加工、输出的控制过程, 具有反馈调节机制, 是主体与客体的统一^[2-3]。有学者^[3-4]从控制论的角度对经验思维的原理进行了诠释, 这对于探讨经验思维在中医诊断中的应用具有重要意义。人脑作为一个高度完善且精密的控制系统, 其

通过经验思维处理信息的基本过程可以总结如下。

1.1 经验的输入与储存

大脑通过感觉器官获取外界信息并将其转化为个体经验, 这些经验以记忆的形式储存在大脑中, 形成了个体的知识结构。其中保存的信息即为经验思维的原始材料, 这些原始材料除了源自感官所获取的信息, 也包括通过思考、推理、记忆以及社会交互等途径获取的信息。其记忆形式可能是概念形态的, 也可能是形象形态的, 或是二者交织的。从中医诊断的角度, 这些经验或源自临床经验, 或源自具有公众性、社会规范性的经验传承, 如《脉经》《望诊遵经》《敖氏伤寒金镜录》等经典名著。这个过程可视为控制系统信息的输入与储存。

1.2 经验的提取与活化

当面对新问题或新情况时, 大脑会在知识结构中搜索相关的经验材料或经验模型进行比较和鉴别, 选择与所遇到的新问题、新情况类似的信息作为解决当前问题的路径, 并在思维记忆中活化。这个过程可视为控制系统信息的检索与筛选。

1.3 经验的组合与再造

大多数情况下直接提取单一经验无法完全解决问题, 此时大脑会将多个相关经验结合构造出适应新问题、新情况的认知或想法。这相当于控制系统中信息的重组和加工, 也是中医诊断中最重要的一环。通过四诊方式获取的信息输入大脑后, 主体按照熟知的“诊察”模型对四诊信息进行综合、分

基金项目: 国家中医药管理局第二届全国名中医传承工作室建设项目(国中医药办人教函[2022]245号)

✉ 通讯作者: fzyld@126.com

析、类比，这是临床诊断与决策的前提。

1.4 基于经验的判断与决策

活化的经组合与再造的相关经验即可帮助主体输出判断和决策。在中医诊断中，在对信息进行综合、分析、与既往情境类比的基础上，医生需要对疾病的病因、病位、病性以及正邪关系等信息所反映的证进行判断并施以相应的临床决策。这一步骤相当于控制系统中的信息输出，是医生根据经验做出诊断与治疗决策的关键环节。

1.5 经验的评估与反馈

大脑会评估基于经验所输出决策的效果，不断总结和优化经验，使经验模型得以不断丰富和优化。这既是控制系统中的评估与反馈环节，也是临床医生不断改进自己诊断能力的过程。在中医诊断中，这体现为诊后复盘和患者复诊时医者根据实时病情对经验模型进行相应调整以使诊疗决策得到修正、补充和完善。通过这种反馈控制机制，医生可以更好地调整信息输入，从而达到稳定控制状态、保证疗效的目的。

经验思维是联结感性与理性认知的桥梁，它不仅涵盖了对信息的感性接收，也包括对新信息和记忆信息的浅层理性思维活动，正如研究者所指出：“经验不仅是感觉的复合，而是感性知觉要素和理性思维要素的综合。”^[5] 通过经验思维，主体能够从信息库中提取相关信息，形成对新信息的认识并指导实践活动。这使得主体能够不断积累经验，提高认识和解决问题的能力。

2 经验思维的局限性

经验思维是一种复杂且精细的思维模式，当面临新的问题挑战时，该思维能够从个体的知识储备中汲取相关信息，构建对新情境的理解，并据此指导医者的临床实践。然而，尽管经验思维具有理解和处理复杂信息的能力，其固有的局限性也必须被明确认知与重视。

2.1 个人性

经验思维容易受到医生自身条件的限制，一般而言，经验丰富的医师由于接触的病例数量多，往往会形成更为丰富的经验模型以供诊断使用。而对于刚接触临床的医生或长期偏于科研的医生来说，大脑所输入、储存的临床经验必然有所欠缺。在面对时间急迫、人数众多、病情复杂的情况时，经验储备不足的局限就会暴露出来，很容易出现误诊的情况，故《素问·微四失论篇》强调：“子年少，

智未及邪”。

2.2 表面性

经验思维具有明显的表面性特征，即经验思维的模型是根据主体经验重复积累的形式构建起来的。主体从“记忆库”中迅速调出与客体相似的经验信息推知现时客体将出现什么结果，其更注重事物的表象和直观印象，是表面因果的简单联系与类比，具有明显的感性特征，导致经验思维指导下的中医诊断难以深入挖掘问题的本质。有时丰富的经验反而会造成误导性的表象被强化，从而造成漏诊与误诊。在临床诊疗中，表面征象多而繁复，但是能够真正反映疾病核心病机的信息往往十分隐晦。如中医诊断中经典的真假病性的判断问题，临床医师可能会被患者的主观感受和表面症状所迷惑，对于寒热、虚实真假的判断往往套用既往的经验思维，忽视四诊信息的细节与疾病发生发展的理论分析，造成误诊。正所谓“虚中夹实，虽通体皆现虚象，一二处独见实证，则实症反为吃紧；实中夹虚，虽通体皆现实象，一二处独见虚症，则虚证反为吃紧。景岳所谓独处藏奸是也”（《重订通俗伤寒论》）。

2.3 保守性

经验思维本质是在对既往信息加工、处理与变换基础上套用在新问题、新情况上。因此，一旦经验思维成型，其反馈机制往往失效，不可避免地使其具有保守、稳定，甚至泥古的一面，从不怀疑或批评自我经验或先贤定型化、普遍化的经验，不去探索经验背后所蕴含的深层理性因素，而经验中所蕴含的负面因素也往往难以被修正与消除，并常常随着经验的日益丰富，得到进一步强化与巩固。尤其是在使用他人或先贤经验的时候，这种保守性所造成的问题就愈发显著。不同年代、不同地域、不同人种、不同性别、不同社会阶级等因素必然会影响到经验的效用，如果一味泥于经验思维而失于理性与辩证，必然造成诊断的错误，甚至在临床中反复地犯相同的错误且意识不到错误的存在。如明清之交，瘟疫四起，医者泥于伤寒而不知温病之法，不治者众^[6]，故吴有性在《温疫论》中指出：“时师误以伤寒法治之，未尝见其不殆也……嗟乎！守古法不合今病，以今病简古书，原无明论，是以投剂不效”。

2.4 重共性而轻个性

从信息的储存到加工、运用，经验信息的保存是初步的抽象性概括，是对相似事物共性的把握，

这势必造成经验思维对个性的忽视。因此,经验思维依然是一种较为简单的定性思维方式^[7]。经验思维对于相同疾病、相同证型的症状在定量方面的认知稍显不足,而在临床诊断中,症状定量程度的不同往往意味着证的轻重、疾病轻重结果的不同,即使是同病同证的情况,其治疗策略必然也有所不同。如果罔顾症之轻重缓急,固守经验,一病一证一方,或是病重药轻而病不除,或是病轻药重而正气伤,自然无法避免误诊的风险。《名医类案》载有一案:“虞恒德治一人,得内伤虚症,发热,自汗如雨不止,服补中益气汤十数贴,不效。虞以前方加减,每贴用蜜制黄芪一钱半,人参一钱,白术、甘草、陈皮各七分,当归、白芍各一钱,升麻、柴胡各一分,加桂枝三分,麻黄根七分,浮小麦一撮,炮附子三分。三贴而汗止,热亦退,寻安。”病家自汗如雨,内伤发热,凡有经验者必知气虚发热之故,甘温除热无误,然所治乏效,乃内伤虚证,迁延不愈,中气大伤,施甘温而药力未至,病重药轻,虽定性准确而定量不清,故重用人参、黄芪,并加实表补阳之品后收效。

2.5 思维惯性

经验思维除了主体自身经验不足所带来的限制,经验丰富、经验思维早已融会贯通的医者同样会出现误诊的问题,这也是经验思维最为致命的缺陷——惯性思维或思维定式的陷阱。拥有成熟经验思维的中医可以做到“但见一症便是”,寥寥数语、察舌按脉,未几便能把握疾病的本质,但是这种“但见一症便是”一旦被曲解,形成一种自发的、下意识的“A 症状→A 证→A 方药”的惯性思维,极容易导致以偏概全的误诊情况的出现。经验思维的表面性强调主体在面对纷繁复杂的病情时容易被疾病的表象所迷惑,做出错误的经验判断;经验思维的保守性强调主体容易泥古、固执己见而不知变通;经验思维下的惯性思维则容易呈现出明显的惰性倾向,提高工作效率的同时却增加误诊的风险,顾此而失彼。如《医林误案》^[8]载一中风后遗症案,医者见患者年逾五旬、半身不遂,因求诊者众,径用补阳还五汤而乏效,误诊之因,是医者习惯将年高与气虚、半身不遂与血瘀二者并无实质关联的症状病机联系起来,在思维惯性引导下做出了错误的诊断。

3 经验思维视域下临床纠误方法

在揭示经验思维局限性的同时,医者必须清醒

地认识到尽管经验思维在中医临床诊疗中具有关键作用,但临证不能只依赖经验思维。一旦陷入经验思维的泥沼,则可能出现误诊的风险。因此,医者必须寻求更多的方法,以弥补经验思维的不足,提高临床诊断的准确性。

3.1 理性思维与经验思维相结合

虽然经验思维是感性思维与理性思维的中介,但从经验思维的原理出发,仍是倾向于感性的一种思维方式。为避免误诊,中医诊断需要综合运用经验思维和理性思维,以取得更为准确的诊断结果。理性思维是基于科学理论和知识的思维方式,强调逻辑思考和科学分析,可以更准确地了解疾病的本质^[9-10]。从辩证的角度分析,经验思维可以提供丰富的实践经验和感性认识,为理性思维提供必要的素材和启示的同时,理性思维可以帮助主体用批判性的视角审视经验,超越经验思维的表面性和保守性,由已知推未知,深入挖掘疾病的本质和发生发展的内在规律。通过逻辑推理、数理分析等方法发现经验思维所忽略或者未能发现的信息和规律,从而更准确地做出诊断。

3.2 强化反馈机制与超验的修正

在中医诊断过程中,医生应该建立有效的反馈和调整机制,以便在诊断过程中不断地修正和完善经验模型从而避免误诊。这可以通过经验与科学实践相结合的超验作用来实现^[11]。超验,是经验的预见,是以经验能够上升为理论并经得起重复的考验^[12]。在传承现有经验的基础上,对个人经验进行科学检验和研究,通过系统性的临床观察、前瞻性的临床研究、随机对照试验等方式,可以使医生的个人经验得到科学的证实和修正,从而避免陷入保守和惯性思维的陷阱。在科学实践中持续反省和批判自己和他人的经验,将其中可疑的、含混的、矛盾的情境转化为有条理的、明确的、和谐的情境,尤其是在现有经验无法解决新情况、新问题的情境下,应及时启动负反馈机制,基于现有经验,充分调动创新、灵感、逻辑等思维,突破经验的藩篱,将主体的认知模式进一步升华,不断实践以获得新的经验与新的理论。

3.3 个性化与量质结合

定量不是西方医学所独有的观察世界的方式,中医学中同样含有丰富的与定量相关的认知人体的方法,《黄帝内经》中的“揆度”二字就是对定量方法的高度概括^[13]。但不可否认的是,经验思维重共性而轻个性的特点所致的难以对病证进行量化

的问题是实际存在的。而定量的分析方法恰恰是提高中医诊断精准性的重要途径之一。多位学者^[14-16]提出要实现中医药的个性化与定量化,有必要建立患者证候诊断条目与定量化之间的映射关系,筛选出能够反映中医特征的各种参数与量值模型,这需要借助数学语言以及现代数字化技术采集、量化分析临床参数与信息并通过前瞻性检验来实现,这是在现有技术下,目前临床诊断确能实现量质结合较好的可行性方法。

3.4 经验思维下隐性知识的管理与传承

经验是个体的经验,是以记忆的形式储存于大脑之中,其思维方式所塑造的知识形态是隐性知识^[17]。而每个医生对经验的理解都是独特的,他们对同一种病症的诊断和治疗可能会有不同的解读,这种个体差异可能会导致诊断的一致性降低,从而增加误诊的风险。因此,经验不仅仅需要强化反馈机制与超验的修正,对经验思维下的隐性知识的管理与传承同样重要。对于隐性知识的管理,结合既往研究^[18],可以将研究的对象聚焦于对个人已有隐性知识的挖掘,只有将个人隐性知识显性化或外在化,才能实现隐性知识的传递、转移与获取,明确其使用场景与对象,避免误诊的发生。对于个人隐性知识显性化或外在化的方法,目前混合方法是较为推荐的研究手段^[19-20]。基于文献研究与数据挖掘方法,对中医古籍与现代文献中的某种隐性知识进行挖掘,实现知识本体的构建;并对个人经验展开病例系列研究,对行之有效的经验方案应用人工智能技术进行深入挖掘。基于此,针对隐性知识共性与个性的部分进一步展开挖掘,其中共性部分,采用比较研究法与运筹学理论中的层次分析法^[21],挖掘知识本体与经验共性部分,并结合文献方法寻根溯源;对于不同于知识本体的个性部分,结合扎根理论指导下的专家访谈,重点探讨其机制与理论创新。综合共性与个性的研究成果,实现经验思维下隐性知识的管理与传承。

4 结语

中医经验思维具有无可替代的价值,但必须对其局限性有足够的认知,积极寻找有效的应对方法与策略。在实际临床工作中,医者需要合理运用经验思维,同时结合理性思维、定量分析、科学实践、隐性知识管理等方法,提高中医诊断的质量,为中医的现代化发展提供强大的支持。只有不断深化对中医经验思维的理解和探索,才能更好地发挥

中医在现代医学中的作用,为人类健康事业做出更大的贡献。

参考文献

- [1] 诺伯特·维纳. 控制论[M]. 王文浩,译. 北京:商务印书馆,2022:1-2.
- [2] 祝世讷,陈少宗. 中医系统论与系统工程学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:407.
- [3] 陈文江,何云峰. 重视对思维控制论的研究[J]. 哲学动态,1999(11):22-25.
- [4] 张尚仁. “经验”的含义、作用和局限[J]. 人文杂志,1985(2):63-66,50.
- [5] 邢玉瑞. 中医思维方法[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:30.
- [6] 邱模炎,高杰东,黄福开. 中医疫病学[M]. 北京:中国中医药出版社,2004:9.
- [7] 方直,张魁. 经验思维与情报判断[J]. 情报杂志,2001(11):87-88.
- [8] 贺学泽. 医林误案[M]. 北京:中国中医药出版社,2010:26-27.
- [9] 李继武. 经验思维的局限与理论思维的培养[J]. 安徽电气工程职业技术学院学报,2008,13(2):23-26.
- [10] 王全. 误诊是经验思维与理论思维的分离[J]. 医学与哲学,1991(12):16-18.
- [11] 熊丽辉,董禹彤,王忠. 医学经验的超验性与传承性[J]. 中华中医药杂志,2023,38(3):935-937.
- [12] 吴国林,傅铭. 论超弦理论的超验性及其哲学意义[J]. 哲学分析,2021,12(2):133-144,199.
- [13] 孟庆云. 《黄帝内经》的方法论[J]. 中医杂志,2011,52(2):92-94.
- [14] 刘华. 中医药数字化:从定性到定量的转变:专访成都中医药大学数字医药研究所所长温川飙[J]. 中国数字医学,2014,9(10):113-114.
- [15] 刘槟,张培彤. 建立中医证候量化诊断标准关键步骤的方法学评述[J]. 中医杂志,2020,61(24):2204-2208.
- [16] 胡影,石康乐,朱文慧,等. 基于云模型的中医药领域共识方法研究[J]. 中华中医药学刊,2021,39(8):19-24.
- [17] 孙长虹. 我国传统经验思维方式及其影响[J]. 江西社会科学,2012,32(4):27-31.
- [18] 宋贝. 心理追踪 个人隐性知识产生过程及机制[M]. 北京:人民邮电出版社,2021:51.
- [19] 于河,王雨菡,彭炬烽,等. 创建扎根理论研究级联编码优化操作路径:以名老中医传承研究为例[J]. 北京中医药大学学报,2023,46(5):689-696.
- [20] 谷晓红,于河,卜德超,等. 应用混合方法构建名老中医道术传承研究与推广范式[J]. 中医杂志,2022,63(15):1406-1411.
- [21] 张宇. 基于古今癫痫医案多维分析的名老中医诊疗经验挖掘研究[D]. 北京:中国中医科学院,2022.

(下转第 2062 页)